

ANNÉE 1931

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GHINSBERG HAIM

Né à Galatz (Roumanie), le 15 Novembre 1905

Diplômé de l'Institut d'Hygiène de Paris

Ancien moniteur d'accouchement à la Clinique Baudelocque

ÉTUDE STATISTIQUE DE L'ASSOCIATION
TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET
GESTATION

Fonctionnement de la maternité pour tuberculeuses
annexée à la Clinique Baudelocque (1924-1930)

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0026

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GHINSBERG HAIM

Né à Galatz (Roumanie), le 15 Novembre 1905

Diplômé de l'Institut d'Hygiène de Paris

Ancien moniteur d'accouchement à la clinique Baudelocque

ÉTUDE STATISTIQUE DE L'ASSOCIATION TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GESTATION

Fonctionnement de la maternité pour tuberculeuses
annexée à la clinique Baudelocque (1924-1930)

Président : M. A. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico chirurgicale et chirurgie expérimentl.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELbet.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LEMAITRE . . .	Oto-rhino laryngologie.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale	LEVEUF.	Pathologie chirurgie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgie.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgie.
DOGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgie.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale	MULON.	Histologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	N	Physiologie.
FEY	Urologie.	OBERLING. . . .	Anatomie pathologique.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	OLIVIER.	Anatomie.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.	PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.	PORTES.	Obstétrique.
GIROUD	Histologie.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HAZARD.	Pharmacologie.	SAUNIÉ	Chimie biologique.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT	
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	(Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
		VELTER	Ophthalmologie.
		VERNE.	Histologie.
		VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique	REITTERER. . . .	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
LEROUX	Anatom. pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER . . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LIGNEL-LAVASTINE .		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Faible témoignage de très grande reconnaissance.

A MA MÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ET GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et qui nous a fait bénéficier
de son enseignement, témoignage
de vive gratitude.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR RIST

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a guidé une grande partie de notre
éducation médicale, témoignage
de respect et vive reconnaissance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR M. LACOMME

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

*Témoignage d'infinie reconnaissance
pour la sollicitude bienveillante
qu'il m'a témoignée en toute cir-
constance et au cours de l'exécu-
tion de ce travail.*

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET.

M. LE PROFESSEUR A. LEMIERRE.

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

M. LE DOCTEUR LESNÉ.

A MM. LES DOCTEURS SOUPAULT, TALHEIMER,
JACOB, ROLLAND, HIRSCHBERG, SEGUY,
DIGONNET, TH. LAËNNEC.

Introduction

La Maternité pour tuberculeuses organisée à la clinique Baudelocque (Pavillon Tarnier) en 1921 par le professeur A. Couvelaire répondait à un besoin qui est largement démontré par le nombre rapidement croissant des malades qui y ont été hospitalisées ainsi que l'indique le tableau suivant :

1921-22.....	30 malades
1923.....	53 malades
1924.....	65 malades
1925.....	112 malades
1926.....	124 malades
1927.....	124 malades
1928.....	143 malades
1929.....	126 malades
1930.....	135 malades

La thèse de M. Lacomme (1) a exposé l'organisation de cette maternité pour tuberculeuses et étudié son fonctionnement jusqu'au 1^{er} mai 1924. Nous n'y reviendrons pas, considérant que notre travail est la

(1) Maurice Lacomme — Une Maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque. Thèse Paris 1926. — Louis Arnette, éditeur,

suite de celui de M. Lacomme. Nous étudierons donc le fonctionnement depuis le 1^{er} mai 1924 jusqu'au 31 décembre 1929. Rappelons seulement, que depuis sa création, le pavillon Tarnier ne reçoit que des malades dont la tuberculose est en activité et est certifiée par un examen bactériologique positif récent, des expectoration. Toutes les femmes, d'ailleurs, sauf en cas d'urgence, sont vues au préalable par un phtysiologue compétent qui en nous adressant un diagnostic précis, nous indique en même temps, qu'il y a lieu de séparer dès sa naissance, l'enfant de sa mère, en raison de la contagion possible. La nécessité de la séparation est la condition sine qua non de l'admission à la maternité spéciale.

De façon systématique, et grâce à la collaboration de Mlle Lesellier assistante sociale (1), une enquête est effectuée chaque année pour connaître l'avenir éloigné des mères et des enfants.

La statistique que nous allons développer, concerne donc une série rigoureusement continue de tuberculeuses dont nous avons eu des nouvelles un an au moins après leur accouchement. Nous sommes ainsi en mesure de chiffrer la mortalité des malades dans l'année qui suit leur accouchement. Nous pourrions même chiffrer cette mortalité deux ans après l'accouchement pour toutes les malades

(1) Nous tenons à remercier Mlle A. Lessellier, assistante sociale du service pour toute la bonne volonté et l'aide qu'elle nous a apportée à l'exécution de ce travail.

hospitalisées avant 1929. A aucun moment, nous ne ferons état d'une aggravation de la maladie, les renseignements qui nous sont transmis étant souvent trop imprécis où dus à des observateurs trop divers. La survie où la mort de la malade sont les critères indiscutables que nous retiendrons seuls.

Afin de pouvoir comparer la mortalité des tuberculeuses gravides et celle des femmes de même âge et de même condition sociale, nous avons demandé à notre maître M. le Docteur Rist, l'autorisation d'utiliser ses archives. Nous avons pu dresser ainsi une deuxième statistique aussi exactement comparable que possible à la première.

Ces deux statistiques, comprenant toutes deux une série continue d'observations et portant toutes deux plusieurs centaines de cas recueillis par un seul observateur : respectivement le Docteur M. Lacomme et le Docteur F. Hirschberg nous permettrons de discuter sur des faits précis la question toujours controversée de l'aggravation de la tuberculose par la gestation.

Les Femmes tuberculeuses

645 femmes tuberculeuses ont été hospitalisées à la clinique Baudelocque entre le 1^{er} mai 1924 et le 1^{er} janvier 1930. La première date est celle à laquelle s'est arrêté M. Lacomme dans sa statistique, la dernière est celle qui nous donne un recul d'une année au moins. Ces 645 malades, nous ont permis d'observer 702 accouchements où avortements. C'est dire que certaines malades ont accouché où avorté plusieurs fois.

De presque toutes nous avons pu avoir des nouvelles un an après l'accouchement. Cependant 33 n'ont pu être retrouvées. Nous les abandonnons dès maintenant. Remarquons que ce nombre est assez faible pour ne pas modifier sensiblement le taux de la mortalité générale que nous indiquerons, ni d'une façon générale les conclusions que l'on peut tirer du nombre très important d'observations suivies (612 femmes).

Mortalité générale

Sur 612 malades, 237 sont décédées dans le courant de l'année qui a suivie leur accouchement, soit 39 % des malades.

Le tableau suivant indique à quelle époque sont survenus leurs décès :

	Décès	1 ^{er} mois après l'accouchement	2 ^e et 3 ^e mois	3 ^e et 6 ^e mois	reste année
1924	13	3	3	1	6
1925	45	14	11	8	12
1926	45	14	14	4	13
1927	43	17	10	7	9
1928	50	16	4	12	18
1929	41	18	6	7	10
	237	82	48	39	68
	—	34,3 %	20,5 %	16,3 %	28,9 %

La mortalité pendant le mois qui suit l'accouchement représente donc le tiers (34,3 %) de la mortalité globale. Et si l'on y ajoute les 20,5 % du 2^e et 3^e mois réunis, on constate que plus de la moitié des femmes qui succombent, meurent moins de 3 mois après avoir accouché.

Influence de la parité

Sur un total de 612 femmes, nous trouvons 232 primipares et 380 multipares, soit 37,9 % de primipares. Le pourcentage des primipares dans le service général de Baudelocque, en 1926, est 47 %. Nous avons donc, dans la clientèle des femmes tuberculeuses de la clinique Baudelocque, un excès de multipares. Peut-on trouver, dans ce fait, un argument pour dire que les grossesses multiples favorisent l'écllosion d'une tuberculose ?

232 sont primipares, 87 d'entre elles meurent dans l'année, soit 37,5 %
380 sont multipares, 150 d'entre elles meurent dans l'année, soit 39,7 %

Les primipares et les multipares meurent donc dans des proportions très voisines et la survie après l'accouchement n'est ni plus ni moins longue dans les deux catégories. Il y a cependant une mortalité un peu plus élevée chez les multipares et nous avons pu noter que le taux de mortalité s'élève légèrement avec le nombre des gestations :

Sur 179 femmes secondipares,	67 meurent, soit 37,6 %
Sur 99 tertipares,	40 meurent, soit 40,9 %
Sur 102 femmes de parité supérieure,	43 meurent, soit 42,1 %

Il paraîtrait au premier abord important de rechercher les taux comparés de mortalité des multipares dont toutes les gestations ont évolué avant le début de la tuberculose, par rapport aux multipares dont les gestations sont postérieures à l'apparition de la maladie. Pour la première catégorie, la mortalité est de 43 %. Pour la seconde elle s'abaisse à 33%. Mais on ne peut rien tirer de ces chiffres, car le dernier est fatalement sans valeur : les femmes qui font plusieurs gestations après l'apparition de leur tuberculose sont certainement atteintes de formes peu évolutives, alors que celles de la première catégorie sont atteintes d'une forme quelconque et sont souvent mortes avant d'avoir pu voir évoluer une nouvelle gestation.

**La mortalité dans ses rapports avec la date
des premières manifestations cliniques
de la tuberculose**

Si on envisage comme point de repère le début de la gestation (date des dernières règles), on se trouve en présence de deux grands groupes de femmes :

A) Celles dont le début clinique de la maladie est contemporaine de celui de la gestation ou postérieur à lui. Sur 172 femmes de ce groupe, 92 meurent dans l'année, soit 53,5 %.

B) Celles dont le début clinique de la maladie est antérieur à celui de la gestation sur 430 femmes de ce groupe, 137 meurent dans l'année, soit 32,8 %.

Les taux de mortalité de ces deux groupes montrent d'une manière très apparente que le pronostic est beaucoup plus favorable pour les femmes dont la tuberculose a débuté avant la gestation que pour celles dont la maladie a débuté pendant la gestation.

Un examen plus approfondi permet de préciser davantage ces différences. Nous avons vu ainsi que la mortalité des femmes du groupe B varie suivant que le début clinique de la maladie se trouve plus ou moins éloigné du début de la gestation.

Début plus d'un an avant celui de la gest.	85 mortes sur 302	soit 27,4 %
Début entre 6° et 12° mois précéd. la gest.	18 mortes sur 53	soit 34 %
Déb. ds les 6 mois précéd. celui la gest.	34 mortes sur 75	soit 45 %

Donc, le taux de mortalité est d'autant plus grand que le début de la maladie est plus proche de celui de la gestation ; mais il n'y a là qu'une apparence, car ce n'est pas la date du début seule qui importe, mais le fait que la maladie a ou n'a pas présenté de poussée évolutive fébrile à une date plus ou moins voisine de la gestation. Si cette poussée évolutive existe, les malades dont le début est lointain se comportent comme celles dont le début de la maladie se produit dans les six mois précédant la gestation.

La mortalité dans ses rapports avec l'activité de la tuberculose au cours de la gestation

Au cours de la gestation, la tuberculose peut prendre ou conserver des allures cliniques très différentes.

1) Dans certains cas (232 sur 612), une tuberculose à évolution torpide à peu près apyrétique avant le début de la gestation garde tous ses caractères sans subir aucune modification pendant la gravidité. Nous verrons que la plupart du temps, ces formes actives à évolution torpide restent souvent indifférentes à plusieurs gestations et ne subissent presque jamais l'influence aggravante des suites de couches. Il est très habituel que ces formes de la maladie aient débuté avant et souvent longtemps

avant la gestation (213). Quelques-unes cependant débutent au cours même de la gestation, ou sont tout au moins diagnostiquées à ce moment (19). Sur le nombre global de ces femmes (242), 20 ont eu des poussées évolutives fébriles dans les suites de couches, 38 sont décédées, soit 15,6 %.

2) 10 femmes ont paru être améliorées par la gestation. 2 sont décédées.

3) D'autres malades présentent pendant la gestation des poussées évolutives fébriles (370). C'est sous cette forme que se manifeste avec une très grande fréquence la maladie lorsqu'elle débute au cours de la gestation. C'est également l'accident que présentent le plus souvent les malades dont la tuberculose a débuté ou seulement évolué peu de temps avant le début de la gestation. Mais il convient de souligner que certaines malades dont la tuberculose est déjà ancienne et n'avait pas donné lieu à des poussées fébriles depuis plusieurs mois sont susceptibles de voir survenir elles aussi une poussée évolutive.

La poussée présente une évolution très variable :

Elle débute pendant le 1 ^{er} trimestre	244 fois
» » » 2 ^e »	91 fois
» » » 3 ^e »	35 fois

Elle se termine souvent assez vite. C'est le cas de bon nombre de tuberculeuses traitées par un pneu-

mothorax artificiel. Cependant, elle est susceptible de durer avec des alternatives d'améliorations et de rechutes pendant deux et parfois pendant les trois trimestres de la gestation.

Il est rare que la poussée se termine par la mort au cours de la gestation. 24 femmes sont décédées avant les délais normaux d'une gestation. Toutes ces femmes, exception faite pour les méningites tuberculeuses, accouchent ou avortent spontanément avant de mourir. Ce sont les seuls cas pour lesquels on puisse parler de décès pendant la gestation, quoiqu'il s'agît en vérité d'accouchements ou avortements anté-mortem, déterminés par la gravité de la forme de tuberculose dont sont porteuses ces femmes.

Le danger de ces formes de tuberculose qui évoluent avec de la fièvre pendant la gestation n'est donc pas très souvent un danger mortel au cours même de la gestation. Leur danger, c'est qu'elles reprennent ou s'aggravent après l'accouchement. En règle générale, les poussées évolutives qui s'éteignent avant la fin du premier trimestre sont celles qui se rallument le moins souvent après l'accouchement. Celles, au contraire, qui débutent et celles surtout qui continuent au cours du 3^e trimestre de la gestation se poursuivent habituellement après l'accouchement en subissant une recrudescence. Or, nous verrons que la poussée évolutive qui survient dans les suites de couches immédiates comporte un pronostic fatalement mortel. Les chiffres suivants démontrent et résument ces différents points :

		Début avant	Début pendant	S. de C. fébriles	Décès
Evolution I ^{er} trimestre	94	61	33	20	24
Evolution II ^e trimestre	45	26	19	13	11
Evolution III ^e trimestre	35	22	13	16	13
Evolution I ^{er} et II ^e trimestres	42	23	19	10	17
Evolution I ^{er} et III ^e trimestres	14	10	4	8	7
Evolution II ^e et III ^e trimestres	46	21	25	35	38
Evolution les III trimestres	94	54	40	82	88
	370	217	153	184	199

Nous ferons remarquer que 85,2 % des femmes ayant eu des suites de couches fébriles meurent dans l'année ayant suivi l'accouchement.

Durée de la gestation chez les femmes tuberculeuses

Le tableau suivant résume la durée de la gestation des femmes tuberculeuses :

388 malades accouchent au terme de 9 mois

85	»	»	»	»	8 mois 1/2 environ
69	»	»	»	»	8 mois »
16	»	»	»	»	7 mois 1/2 »
22	»	»	»	»	7 mois »
5	»	»	»	»	6 mois 1/2 »
4	»	»	»	»	6 mois »

23 avortements spontanés ou provoqués.

Les suites de couches des femmes tuberculeuses

Nous avons indiqué précédemment quelles sont les catégories de malades qui font des poussées évolutives fébriles au cours des suites de couches.

Rappelons seulement que 15,6 % des malades dont la tuberculose n'évolue pas au cours de la gestation ou ne donne que des signes d'activité insignifiants font des poussées évolutives fébriles dans les suites de couches immédiates, et que, inversement, les femmes qui font des poussées évolutives fébriles pendant la gestation et en particulier celles dont les poussées évolutives se répètent ou se prolongent au cours du troisième trimestre, font avec une fréquence énorme des poussées évolutives dans les suites de couches immédiates. Le taux global pour l'ensemble de ces malades est de 49,5 %.

Nous avons, ces facteurs étiologiques étant rappelés, à décrire l'allure habituelle de la poussée évolutive et à insister sur sa gravité particulière. Nous empruntons la description de la poussée évolutive au travail de M. Lacomme (1) :

« C'est souvent dans les tout premiers jours des suites de couches que la température commence à monter. Quelquefois, dans les douze heures qui

(1) Opus cité. Page 62.

précèdent l'expulsion du fœtus, la température jusque-là normale esquisse un petit crochet. La femme accouche. Fréquemment, dès le lendemain, la température monte et en deux ou trois jours atteint 39 ou 40°.

Elle se met alors à décrire des oscillations très irrégulières. Parfois, c'est après quelques jours pendant lesquels la malade est restée apyrétique ou subfébrile, qu'on voit survenir les mêmes phénomènes. D'une façon presque constante, on a noté à ce moment une recrudescence des phénomènes pulmonaires et très rapidement, une altération de l'état général.

Nous ajouterons à cette description que très souvent il est difficile de faire le départ entre une poussée évolutive fébrile d'origine pulmonaire et une poussée fébrile due à des causes obstétricales. Ce départ est rendu presque impossible chez les malades porteuses d'un pneumothorax artificiel avec un bon collapsus ou avec un épanchement liquide dans la cavité pleurale. C'est le fait que tout rentre assez rapidement dans l'ordre qui fait éliminer l'hypothèse d'une poussée évolutive d'origine obstétricale. Il est aussi très difficile, en présence d'une courbe de température du type subfébril, de dire s'il s'agit d'une poussée évolutive d'origine pulmonaire ou non.

La gravité des poussées évolutives fébriles des suites de couches est résumée par le chiffre sui-

vant : 85,2 % de ces femmes meurent dans l'année et la plupart ne survivent pas plus de 3 mois.

**Multipares accouchées plusieurs fois pendant
l'évolution de leurs maladies au pavillon Tarnier
de la Clinique Baudelocque**

21 malades ont accouché ou avorté à plusieurs reprises au pavillon Tarnier de la Clinique Baudelocque.

a) 12 malades ont accouché 2 fois. 1 d'elles est décédée. Cette femme a vu sa tuberculose débiter au cours du 4^e mois de sa première gestation. Amélioration par la suite, et suites de couches normales. Pendant sa deuxième gestation, la tuberculose a évolué continuellement. Suites de couches fébriles et décès un mois après l'accouchement qui s'est déclenché prématurément à 7 mois $\frac{1}{2}$.

b) 5 malades ont accouché 3 fois. Une est décédée. Cette femme a bien supporté sa première gestation. Suites de couches normales, sans évolution des lésions pulmonaires. Au cours de la deuxième gestation, on note une poussée évolutive pendant le premier trimestre. Suites de couches apyrétiques. Troisième gestation normale, mais décès un an après l'accouchement.

c) 2 malades ont fini leur deuxième gestation par un avortement, et sont décédées 24 jours et 7 se-

maines après. Elles ont vu évoluer leur tuberculose pendant la durée des deux gestations.

d) Une malade a accouché quatre fois ; elle est vivante.

e) Une malade, après avoir subi 2 avortements thérapeutiques en 1919 et 1922, refuse le 3^e en 1924, accouche à terme après avoir bien supporté sa grossesse, recommence une gestation en 1926 qui finit par un avortement accidentel de 3 mois. Suites de couches normales. La femme est vivante.

Quant aux femmes survivantes, neuf ont vu leur tuberculose rester latente au cours des gestations successives et ont eu des suites de couches normales. Les autres huit malades ont vu leur tuberculose donner des signes d'évolution au cours d'une partie seulement des gestations, et généralement au cours du premier trimestre.

Malades porteuses de pneumothorax artificiel

Nous avons observé 128 femmes porteuses d'un pneumothorax artificiel au cours de leur gestation. Malgré ce nombre important, nous ne pouvons pas faire une étude approfondie de cette question, étant donné la diversité d'origine de ces malades, et par conséquent la difficulté de nous procurer des documents suffisants pour pouvoir en faire une étude complète.

Sur les 128 malades, 62 ont eu un P. A. institué avant le début de la gestation ; 9 sont mortes, et 66, pendant la gestation même. Sur ces derniers, nous comptons 20 décès.

PNEUMOTHORAX ANTÉRIEURS A LA GESTATION.

Sur 62 malades, 52 P. A. ont été institués plus de six mois avant, et 10 moins de six mois avant le début de la gestation. Il n'y a pas de différence appréciable quant au résultat de ces deux catégories.

Sur ces 62 malades, 47 n'ont pas présenté des poussées évolutives à l'occasion de la gestation. 9 ont fait des poussées évolutives fébriles qui se sont assez rapidement éteintes. 2 fois la maladie a évolué pendant toute la gestation et 4 fois on note une évolution torpide. Sur l'ensemble, sept ont fait des poussées évolutives fébriles au cours des suites de couches et cinq d'entre elles sont mortes. Au total, 9 malades, soit 14,5 %, sont décédées dans l'année ayant suivi l'accouchement.

PNEUMOTHORAX ARTIFICIELS INSTITUÉS PENDANT LA GESTATION.

66 P. A. ont été institués pendant la gestation. Leur répartition par trimestres est la suivante :

26 P. A. institués pend. le I^{er} trim. ; 5 continuent l'évol. et 10 }
29 P. A. institués pend. le II^e trim. ; 2 continuent l'évol. et 5 }
11 P. A. institués pend. le III^e trim. ; 5 continuent l'évol. et 5 }

sont décédées dans l'année ayant suivie l'accouchement.

23 suites de couches fébriles.

Donc 20 décès sur 66 malades, soit 30,3 %.

Le résultat est donc ici nettement moins bon que dans le groupe précédent, mais il n'en reste pas moins que la mortalité des femmes traitées par le P. A. est globalement moins élevée que la mortalité générale, même si l'on considère uniquement la mortalité des tuberculeuses dont la maladie a évolué ou débuté au cours de la gestation. Cette constatation ne suffit pas, à vrai dire, pour juger de la valeur du P. A. chez les femmes gravides. En effet, il convient de remarquer que l'existence d'un P.A. entretenu pendant la gestation témoigne d'une atteinte pulmonaire généralement unilatérale et que la plupart des femmes dont le P. A. a été institué avant le début de la gestation présentent une tuberculose stabilisée ou en voie de guérison.

Dans cette statistique nous avons compris 6 cas de P. A. double.

Dans un cas, la malade après avoir bien supporté sa gestation, a accouché prématurément à 7 mois $\frac{1}{2}$ et est décédée quelques heures après l'accouchement, avec des signes de Schock. Nous n'avons pas pu mettre en évidence la cause de ce décès, car l'autopsie a été refusée.

Une deuxième malade a vu l'institution de ses deux P. A. respectivement au 4^e et 7^e mois de la gestation. Elle a accouché à terme. On note une poussée évolutive fébrile dans les suites de couches. Elle est vivante 2 ans après.

Une troisième malade, dont les P. A. étaient antérieurs à l'arrêt des règles, a bien supporté la gestation ; est accouchée à terme ; n'a pas eu de poussée évolutive dans les suites de couches, mais nous l'avons perdue de vue.

Une quatrième malade dont les P. A. ont été institués avant la gestation, a bien supporté celle-ci, sans poussée évolutive dans les suites de couches. Elle est vivante plus d'un an après.

Une cinquième malade, malgré ses deux P. A. antérieurs à la gestation, a vu sa tuberculose évoluer pendant toute la gestation et pendant les suites de couches. Elle est décédée 4 mois après l'accouchement qui s'est déclenché au 8^e mois.

Chez une sixième malade, porteuse de P. A. double, on a pratiqué un avortement thérapeutique au cours du 2^e mois ; nous l'avons perdue de vue.

QUELQUES CAS PARTICULIERS, NON COMPRIS DANS LA STATISTIQUE.

6 femmes ont refusé un P. A. ou chez lesquelles les tentatives d'institution sont restées inefficaces, pendant la gestation. Une seule est décédée dans l'année ayant suivi l'accouchement ; 3 ont vu leur

tuberculose évoluer de façon relativement bénigne et deux ont fait une évolution torpide : deux ont eu des suites de couches fébriles.

3 femmes dont le P. A. a été abandonné moins d'un an avant le début de la gestation pour guérison, sont vivantes.

La conclusion du chapitre concernant le P. A. est, qu'il sera institué chaque fois que les indications d'institution d'un P. A. seront réalisées, sans tenir compte de l'état de gestation, sinon pour accélérer sa réalisation, étant donné qu'il arrête souvent les poussées évolutives au cours de la gestation et que son existence n'est pas une cause appréciable de gêne pendant la gestation ou au moment de l'accouchement.

Les tubercules associées à la localisation pulmonaire

Nous avons observé 87 malades présentant d'autres localisations de tuberculose associées à leur localisation pulmonaire. Leur détail s'établit comme suit :

64 laryngites ;	55 de ces malades sont décédées dans l'année
8 cas de T. ostéo-articulaire ; 2	» » » » » »
3 cas d'adénite tuberculeuse ; 2	» » » » » »
3 cas d'abcès froids ; 2	» » » » » »
4 cas de méningite ; 4	» » » » » »
2 cas de l'upus de la face ; aucun décès	
2 cas de néphrite tuberculeuse. Une femme est décédée.	
1 cas granulie, décédée.	
1 cas de pharyngite granuleuse.	

En ce qui concerne les tuberculoses extrapulmonaires, chez la femme enceinte, voir la thèse faite à Baudelocque par : Ch. Munié, thèse de doctorat de la Faculté de Médecine de Paris, éditeur Marcel Vigné, 1931.

Les avortements thérapeutiques

Il a été pratiqué 8 avortements thérapeutiques.

Deux de ces malades ont été perduës de vue. Il ne nous reste que 6 observations.

Disons seulement que sur les 6 malades restantes, deux sont décédées, après 3 semaines et après un an.

Discussion

De notre étude statistique nous pouvons retenir quelques chiffres particulièrement suggestifs, qui résument quelques notions qui nous paraissent essentielles au point de vue du pronostic de l'association tuberculose-gestation et qui nous semblent susceptibles d'apporter une contribution au problème thérapeutique sans cesse discuté, soulevé par cette association.

1) La tuberculose associée à la gestation occasionne le décès des malades dans 39 % des cas, dans l'année ayant suivi l'accouchement.

2) Les femmes tuberculeuses qui survivent — 375 — à la gestation et à l'accouchement, sont celles qui sont atteintes de formes torpides ou non évolutives — 242 femmes — soit que la maladie ait revêtu chez elles d'emblée une forme traînante, soit qu'après une poussée plus ou moins lointaine, elle se soit stabilisée ou n'ait donné lieu à aucune manifestation évolutive au moins 6 mois avant la cessation des règles.

3) Les femmes tuberculeuses qui meurent avec le maximum de fréquence sont celles qui sont atteintes de formes évolutives.

L'ancienneté du début de la maladie paraît être sans influence et les malades dont la tuberculose a évolué peu de temps avant la gestation, même si le début est très lointain, meurent en presque aussi grand nombre — 48,9 % — que les malades dont la tuberculose a débuté au cours même de la gestation — 53,2 %.

4) Les résultats globaux qui sont énumérés dans le paragraphe précédent, ne permettent pas de faire la discrimination entre les femmes qui doivent mourir ou qui doivent survivre lorsque la tuberculose évolue au cours de la gestation.

5) Le pronostic serait surtout intéressant à faire au début de la gestation. Or, c'est à ce moment qu'il est précisément le plus difficile de prévoir l'évolution ultérieure de la maladie, aucun critérium ne permettant de savoir si la poussée évolutive qui survient dans les premiers mois, s'éteindra purement et simplement ou, au contraire, se poursuivra pendant la gestation ou reprendra après l'accouchement.

Si l'on interrompait les gestations dans tous les cas où une poussée évolutive se montre dans les trois premiers mois, on interromprait 65 % des gestations chez les tuberculeuses dont la maladie évolue —, notre statistique nous démontrant que sur

244 femmes qui sont dans ces conditions, 88 guérissent, on peut dire avec certitude qu'on interrompra 36,1 % de grossesses inutilement. Nous ne discutons pas l'interruption dans les cas où elle aurait été pratiquée sans être efficace.

6°) Le pronostic devient moins aléatoire lorsqu'on a pu observer des poussées évolutives prolongées ou répétées au cours de la gestation et nous avons insisté sur le fait que les poussées évolutives fébriles, survenant dans les suites de couches immédiates, sont presque toujours suivies du décès rapide de la malade. Le pronostic qui peut être posé à ce moment, ne peut plus avoir d'intérêt thérapeutique.

De ces quelques considérations, il résulte que le pronostic de la tuberculose associée à la gestation est grave toutes les fois que la tuberculose est évolutive.

Que le pronostic, dans chaque cas particulier, est spécialement difficile au début de la gestation.

Ces deux points comportent des conséquences importantes :

1°) Le fait que le pronostic de la tuberculose associée à la gestation est grave, a fait admettre l'aggravation de la tuberculose par la gestation. L'examen d'un certain nombre d'observations prises isolément, semblent effectivement confirmer cette opinion. On est en effet frappé par deux points.

a) Par le fait que certaines malades dont la tuberculose avait une évolution relativement bénigne avant l'arrêt des règles, voient survenir une recrudescence quelques fois très importante de leur bacillose au cours de la gestation et surtout après l'accouchement.

b) Par le fait que des malades qui au cours de leur gestation avaient vu s'éteindre une poussée évolutive et qui étaient arrivées à la veille de l'accouchement sans avoir aggravé très sensiblement leurs lésions, font brusquement, immédiatement après l'expulsion du fœtus une poussée évolutive fébrile, dont la gravité est telle que la moitié des décès de la première année sont condensés dans les 3 mois qui suivent l'accouchement.

2°) Le fait qu'il est pratiquement impossible de faire un pronostic de la tuberculose au début de la gestation nous fait, d'autre part, regarder comme extrêmement difficile de poser des indications d'interruption. Nous avons vu, en effet, que dans 65 % des cas l'évolution de la tuberculose commence au début de la gestation, c'est-à-dire au seul moment où l'interruption puisse être discutée.

Ces faits que nous avons pu contrôler ne sont peut-être pas complètement décisifs. Ils sont, en effet, en opposition avec les données fournies par les statistiques comparatives.

Avec l'autorisation de notre Maître, M. le Docteur Rist, nous avons pu établir une statistique

comparative comportant des malades du dispensaire Léon Bourgeois.

C'est une statistique en série rigoureusement continue composée de malades âgées entre 19 et 40 ans, appartenant toutes au personnel hospitalier de l'Assistance Publique de Paris (infirmières et filles de service). Toutes ont eu le diagnostic de tuberculose pulmonaire confirmée par des examens bactériologiques positifs ou au moins par une inoculation positive au cobaye. Toutes ont vu leur tuberculose évoluer en dehors de toute gestation. Etant donné aussi le fait qu'elles appartiennent à peu près au même milieu social que nos malades, cette statistique paraît pouvoir servir comme terme de comparaison idéal à notre statistique de la clinique Baudelocque.

Sur 358 malades dont la tuberculose a évolué en dehors de toute gestation, 161, soit 44,9 % sont décédées.

Sur 612 femmes qui ont vu évoluer au moins une gestation au cours de leur maladie, 237 sont décédées dans la première année après l'accouchement, et 55 dans la seconde, au total 292, soit 47,8 %.

Il résulte que la différence n'est pas très importante avec un très léger excès de la mortalité parmi les femmes de la clinique Baudelocque.

Les discordances, entre les faits des observations cliniques isolées et les statistiques précédentes, ne

nous permettent pas de considérer l'aggravation de la tuberculose par la gestation, comme rigoureusement démontrée, impression se dégageant de la statistique de Föersner aussi (1).

L'indécision dans laquelle nous restons au sujet de l'aggravation de la maladie par la gestation, nous conduit évidemment à regarder l'avortement thérapeutique comme discutable.

(1) H. Föersner. Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose. IV^e conférence internationale contre la tuberculose. Lausanne, 5-7 août 1923, in Revue de la Tuberculose 1924, N^o 6.

Conclusions

1) Le taux de mortalité générale (39 %) des femmes tuberculeuses, dans l'année ayant suivi leur accouchement, témoigne de la gravité de l'association tuberculose pulmonaire et gestation.

2) Ce sont des femmes dont la maladie déjà ancienne, n'ayant pas évolué dans les six mois au moins précédant le début de la gestation, ni pendant celle-ci, qui ont des suites de couches apyrétiques et qui meurent en plus petit nombre et à plus longue échéance.

3) Ce sont les femmes dont la maladie a débuté ou donné des signes d'évolution dans les six mois précédant la gestation ou pendant celle-ci, qui font fréquemment des poussées évolutives fébriles dans les suites de couches et qui meurent en plus grand nombre et plus rapidement.

Elles meurent d'autant plus nombreuses et plus vite, que la poussée évolutive s'est prolongée plus longtemps au cours de la gestation. L'existence d'une poussée évolutive fébrile dans les suites de

couches immédiates comporte un pronostic d'une gravité extrême à brève échéance.

4) De l'étude statistique comparative de la mortalité en général, des femmes ayant vu évoluer au moins une gestation pendant leur maladie et de celles dont la tuberculose a évolué en dehors de toute gestation, il n'apparaît pas comme absolument démontré le fait de l'aggravation de la tuberculose par la gestation. Il ressort seulement qu'il y a un nombre très grand de décès dans les trois mois qui suivent l'accouchement.

5) L'indécision dans laquelle nous restons au sujet de l'aggravation de la maladie par la gestation, et d'autre part, le fait qu'il est pratiquement impossible de faire un pronostic de la tuberculose au début de la gestation, nous fait regarder comme extrêmement difficile de poser des indications d'interruption et nous conduit évidemment à considérer l'avortement thérapeutique comme discutable.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.



Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette



